

Turska Monika, Raban Michal, Grochowski Cezary, Kulik Rechberger Beata. Child Abuse Syndrome. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(8):1452-1460. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1064474>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5051>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/838464>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).

1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.08.2017. Revised: 12.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

Zespół Dziecka Maltretowanego

Child Abuse Syndrome

Monika Turska¹, Michał Raban², Cezary Grochowski³, Beata Kulik-Rechberger⁴

¹ Zakład Farmakologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Department of Pharmacology, Medical University of Lublin, Poland

² Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Lublinie

Ministry of Interior and Administration Hospital, Lublin, Poland

³ Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Chair and Department of Neurosurgery and Paediatric Neurosurgery, Medical University of Lublin, Poland

⁴ Zakład Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Department of Paediatric Propedeutics, Medical University of Lublin, Poland

Streszczenie

Według WHO, maltretowanie dzieci definiowane jest jako: „każde zamierzone lub niezamierzone działanie na osobie poniżej 18 roku życia, które ujemnie wpływa na obecne lub przyszłe zdrowie, przeżycie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka”. Wyróżnia się cztery główne rodzaje znęcania się nad dziećmi: fizyczne, psychiczne, seksualne oraz zaniedbanie, rozumiane jako zaniechanie obowiązku dbania o dziecko. Odpowiedzialne sformułowanie rozpoznania Zespołu Dziecka Maltretowanego wymaga znajomości objawów klinicznych i czynników ryzyka. Stwierdzenie czy też podejrzenie tego zespołu wymaga zgłoszenia do właściwych organów, zgodnie z obowiązującymi procedurami postępowania.

Słowa kluczowe: Zespół Dziecka Maltretowanego, Zespół Dziecka Potrząsanego, Zastępczy Zespół Münchhausena

Abstract:

According to WHO, child abuse is defined as "any intentional or unintended action towards a person under the age of 18 that negatively affects the present or future health, experience, physical and psychosocial development of a child". There are four main types of child abuse: physical, mental, sexual, and negligence, understood as the failure of taking care of a child. The accountable diagnosis of a battered child syndrome requires the knowledge of clinical symptoms and risk factors. The ascertainment or suspicion of this syndrome requires reporting to the competent authorities in accordance with the applicable procedures.

Keywords: child abuse, Shaken Baby Syndrome, Munchhausen Syndrome by proxy

Przemoc wobec osób nieletnich jest szeroko rozpowszechnionym zjawiskiem. Pierwsze doniesienia dotyczące znęcania się nad dziećmi sięgają XIX wieku, kiedy francuski medyk sądowy Ambroise Tardieu opisał przypadki dzieci, będących ofiarami przemocy. Jednak wówczas, doniesienia te nie zyskały uwagi środowisk medycznych. W kolejnych latach kilkakrotnie opisywano zarówno przypadki zmian w obrębie kośćca dzieci maltretowanych, jak również występowanie zmian pourazowych w ośrodkowym układzie nerwowym. Przełomem dla właściwego zdefiniowania i rozpowszechnienia informacji o tym problemie była konferencja Akademii Pediatрії, zorganizowana w 1961 roku przez pediatrę Charlsa H. Kempego. „Zespół dziecka bitego” jako jednostka chorobowa został opisany w 1962 roku na łamach czasopisma The Journal of the American Medical Association (1). WHO definiuje

maltretowanie dzieci jako: „każde zamierzone lub niezamierzone działanie na osobie poniżej 18 roku życia, które ujemnie wpływa na obecne lub przyszłe zdrowie, przeżycie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka”(2).

Aktualnie Zespół Dziecka Maltretowanego, w Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), wyróżniony jest pod kodem T74, zawierając w sobie (3):

T74.0 - Zaniedbanie i porzucenie

T74.1 - Nadużycie fizyczne (zespół maltretowanego dziecka lub małżonka)

T74.2 - Nadużycie seksualne

T74.3 - Nadużycie psychiczne

T74.8 - Inne zespoły maltretowania (formy złożone)

T74.9 - Zespół maltretowania, nie określony (Skutkiem są: nadużycia dorosłego lub nadużycia dziecka)

Formy maltretowania dzieci

Wyróżnia się cztery główne formy/rodzaje maltretowania dzieci: fizyczne, psychiczne, seksualne oraz zaniedbanie, rozumiane jako zaniechanie obowiązku dbania o dziecko. Z praktyki wiadomo, że zwykle nie ma „czystej” formy krzywdzenia. Często krzywdzenie fizyczne idzie w parze z krzywdzeniem psychicznym i/lub zaniedbaniem.

Krzywdzenie fizyczne (maltretowanie) to umyślne zadawanie dziecku urazów cielesnych, przy czym nie jest to tylko fizyczne znęcanie się nad dzieckiem, okrucieństwo czy tortury, ale też kary fizyczne. Przemocą fizyczną są wszystkie formy bicia (w tym klapsy, szarpanie, potrząsanie, zadawanie ran, oparzenia, duszenie i celowe wywoływanie u dziecka objawów chorobowych), ale też grożenie zadaniem bólu, wymuszania z użyciem siły, ograniczenie swobody ruchu czy ograniczanie snu czy pożywienia. Te ostatnie są przemocą fizyczną bierną (4), nie pozostawiającą śladów na ciele dziecka. Diagnostyka krzywdzenia fizycznego wymaga znajomości objawów klinicznych charakterystycznych dla maltretowania, ale też i takich, które w kontekście okoliczności maltretowanie sugerują.

Niezmiernie ważny dla właściwego rozpoznania każdego z rodzajów krzywdzenia jest prawidłowo zebrany wywiad. Należy zaznaczyć, że opiekunowie dziecka mogą umiejętnie ukrywać obciążające ich fakty. Konieczna jest też uważna obserwacja dziecka, ocena jego rozwoju psychoruchowego i zachowania. Krzywdzenie sugerują:

- spowolnienie rozwoju psychoruchowego dziecka w odniesieniu do przyjętych norm dla wieku i płci
- niechęć, apatia, dziwne zachowania dziecka

- częste oddawanie moczu
- zmniejszony apetyt, zaburzenia odżywiania
- zaburzenia snu
- izolacja, problemy z nawiązywaniem kontaktów międzyludzkich wśród dzieci starszych
- zachowania autodestrukcyjne (próby samobójcze, próby samookaleczania się)
- stany depresyjne, zaburzenia psychiczne
- uzależnienia
- zachowania ryzykowne
- nadmierne zainteresowanie seksualnością
- wielokrotne hospitalizacje dziecka
- rozbieżności między stanem klinicznym, a wywiadem lekarskim

Kolejnym bardzo ważnym elementem diagnostyki Zespołu Dziecka Maltretowanego jest prawidłowo przeprowadzone badanie fizykalne, w razie potrzeby poparte wynikami badań dodatkowych (badanie radiologiczne, krzepliwość krwi) czy wynikami konsultacji specjalistycznych. Ze względu na użytą siłę, ale także nakładający się obraz wcześniejszych urazów objawy somatyczne mogą być bardzo zróżnicowane. Charakterystyczne jest współwystępowanie różnych objawów, które często są symetryczne, obustronne, pojawiające się w różnym czasie. Dodatkowo, rodzice często nie są w stanie wyjaśnić okoliczności, w których doszło do wystąpienia obrażeń. Bardzo istotna jest umiejętność oceny obrażeń i możliwości fizycznych dziecka, w zależności od wieku i płci. Jeżeli istnieje możliwość, warto także zbadać rodzeństwo, aby wykluczyć ewentualne objawy znęcania się nad pozostałymi dziećmi w rodzinie. Poniżej podano typowe objawy somatyczne wynikające z krzywdzenia fizycznego dziecka, w obrębie jego skóry, kości i tkanek miękkich. Znajomość tych objawów może być pomocna w rozpoznawaniu Zespołu. Celem badania jest też ustalenie czy stwierdzane nieprawidłowości powstały przy udziale innych osób, czy dziecko wyrządziło sobie krzywdę samo.

W badaniu klinicznym trzeba zwrócić szczególną uwagę na otarcia naskórka, ślady palców, rąk, ściskania, duszenia, szczypania; odciski zębów, różnego rodzaju przedmiotów codziennego użytku (pas, lina, skakanka, wieszak itp.); stany zapalne narządów płciowych (zaczerwienienie, swędzenie, infekcje dróg moczowo-płciowych) i choroby przenoszone drogą płciową; wybroczyny krwawe w okolicy oczu, narządów płciowych lub pośladków, a także

wszelkie ślady oparzeń. Horst-Sikorska i Bryl (5) wskazują na kryteria pomocne przy ustalaniu oparzenia nieprzypadkowego. Są to:

- ślady oparzeń, których stadium gojenia nie zgadza się z datą i okolicznościami powstania oparzenia zgłaszanymi przez rodziców
- brak świadków poparzenia
- oparzenie spowodowane przez rodzeństwo lub inne dziecko
- wizyta u lekarza z dzieckiem następuje z inicjatywy krewnych lub znajomych dziecka (nie rodziców)
- wcześniejsze przypadki poparzeń odnotowanych w danej rodzinie

Złamania kostne nieprzypadkowe najczęściej obserwuje się u dzieci poniżej 2-3 roku życia. Dotyczą one przynasad kości długich, żeber, kości obręczy barkowej, mostka i kręgow, kości czaszki (liczne złamania, których średnica przekracza 5 mm) oraz kości palców stóp u dzieci jeszcze nie chodzących (6, 7). Na złamania z udziałem innych osób może wskazywać wiek dziecka poniżej 3 roku życia, liczne złamania w różnym okresie gojenia oraz brak zgodności między obrazem radiologicznym a informacjami podawanymi przez opiekunów dziecka. Należy pamiętać, że u dzieci powyżej 5 roku życia złamania najczęściej występują w wyniku wypadku. Urazy fizyczne u dziecka maltretowanego często dotyczą głowy. Są to krwiaki podtwardówkowe i obrzęk mózgu z niedotlenieniem, co może skutkować ciężkim i trwałym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. W obrębie narządów jamy brzusznej, najczęściej dochodzi do powstania krwiaków, stłuczenia bądź pęknięcia dwunastnicy czy śledziony.

U niemowląt, podejrzenie występowania zmian w wyniku urazu nieprzypadkowego zawsze stanowi wskazanie do wykonania badań obrazowych całego ciała. U dzieci powyżej 2 roku życia badanie takie powinno być uzależnione od oceny stanu klinicznego dziecka. Kiedy obraz radiologiczny danej okolicy ciała wskazuje na zmiany pourazowe zasadne jest powtórzenie badania w innej projekcji. Jeżeli lekarz podejrzewa wystąpienie urazu nieprzypadkowego, natomiast badania obrazowe nie wykazują nieprawidłowości, należy powtórzyć badanie układu kostnego po upływie 7-10 dni (8).

Wśród form przemocy fizycznej na odrębną uwagę zasługują: Zespół Dziecka Potrząsanego (ang. shaken baby syndrome, SBS) i Zastępczy Zespół Münchhausena (zespół Münchhausena per procuram).

Na Zespół Dziecka Potrząsanego składają się objawy, które występują przy gwałtownym potrząsaniu niemowlęciem lub małym dzieckiem do 18 miesiąca życia, które powoduje uszkodzenia tkanki mózgowej mogące prowadzić do trwałej niepełnosprawności

bądź śmierci. Szacuje się, że ponad połowa zgonów wśród dzieci maltretowanych przypisywana jest SBS (9). SBS najczęściej dotyczy dzieci w drugim półroczu życia. Uszkodzenia ciała zależą od użytej siły, czasu trwania oraz intensywności potrząsania. Do mniej nasilonych objawów zespołu należą: ospałość, wymioty czy drażliwość dziecka. Poważniejsze uszkodzenia mózgu mogą prowadzić do wystąpienia napadów drgawkowych, śpiączki, a nawet zgonu. Charakterystyczne dla SBS są: obrzęk mózgu, krwiaki podtwardówkowe oraz krwotoki do siatkówki oka (9).

Zastępczy zespół Münchhausena to zaburzenie zachowania u dorosłych o charakterze zaburzenia pozorowanego, polegające na poszukiwaniu przez rodzica (najczęściej matkę) pomocy medycznej dla swojego dziecka, u którego celowo wyidukowano objawy chorobowe. Zespół ten dotyczy najczęściej dzieci do 6 roku życia, zarówno dziewczynek jak i chłopców. Śmiertelność dzieci w wyniku tych działań szacowana jest na 9%. Wśród sposobów indukowania objawów chorobowych wyróżniono: wprowadzanie w błąd lekarza przeprowadzającego wywiad lekarski, przemoc fizyczną (np. duszenie), zatrucie lub nadużywanie leków lub substancji innych niż leki, manipulacje sprzętem medycznym, użycie rekwizytów, stosowanie restrykcyjnej diety, fałszowanie materiału biologicznego przeznaczonego do badań lekarskich, pozorowanie krwawienia, zakażanie ran, umieszczanie ciał obcych w ciele dziecka, zaniechanie leczenia mimo wskazań lekarskich(10).

Oprócz krzywdzenia fizycznego dziecko może być krzywdzone psychicznie (emocjonalne). Ta forma krzywdzenia polega na konsekwentnym działaniu osoby dorosłej godzące w rozwój osobowości dziecka, niszczące w dziecku umiejętność prawidłowego funkcjonowania społecznego, uniemożliwiające zaspokajanie jego podstawowych potrzeb. Należą do nich potrzeba stałego kontaktu ze zrównoważonym opiekunem czy poczucie własnej godności. Krzywdzenie psychiczne to nieustanny atak na dobre samopoczucie dziecka, co sprawia że czuje się ono niekochane, nic nie warte, zagrożone(11).

Wykorzystywanie seksualne dziecka polega na angażowaniu go w jakąkolwiek aktywność seksualną, niezależnie od motywów. Zgodnie z polskim prawem kontakty seksualne z osobą poniżej 15 roku życia, nawet jeżeli wyrazi zgodę, są przestępstwem uregulowanym w art. 200-204 Kodeksu Karnego. Dotyczy to zarówno zachowań seksualnych z bezpośrednim kontaktem fizycznym (odbycie stosunku płciowego, dotykanie intymnych części ciała dziecka lub sprawcy, całowanie o charakterze seksualnym), jak i bez kontaktu fizycznego (np. ekshibicjonizm, zaangażowanie dziecka w produkcję lub oglądanie filmów o charakterze pornograficznym, zmuszanie do uprawiania prostytucji, werbalne molestowanie dziecka lub

grooming, czyli uwodzenie dziecka poprzez Internet w celu nawiązania kontaktów seksualnych)(12).

Zaniedbywanie (określane też jako przemoc pasywna) polega na braku zapewnienia przez rodzica/opiekuna dostępu do opieki medycznej, dostępu do wykształcenia, zapewnienia wyżywienia, bezpiecznego mieszkania czy właściwego rozwoju emocjonalnego. Oczywiście wtedy kiedy warunki ekonomiczne, społeczne czy intelektualne rodzica/opiekuna nie stoją na przeszkodzie(13).

Czynniki ryzyka Zespołu Dziecka Maltretowanego

Właściwe rozpoznanie Zespołu Dziecka Maltretowanego może ułatwić analiza czynników ryzyka. Przede wszystkim konieczny jest dokładny wywiad rodzinny. Wiadomo bowiem, że przemoc częściej ma miejsce w rodzinach, w których nadużywany jest alkohol, kiedy opiekunowie/rodzice/rodzeństwo uzależnieni są od narkotyków, przebywali lub przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub zakładach karnych, doświadczyli przemocy w domu rodzinnym, gdzie panuje bezrobocie. Oprócz czynników zewnętrznych należy również ocenić czynniki ryzyka związane z maltretowanym dzieckiem, takie jak: ciąża nieplanowana/nieakceptowana przez oboje partnerów, rozczarowanie związane z płcią lub wadami występującymi u dziecka, problemy w opiece nad dzieckiem. Należy pamiętać, że maltretowanie dziecka zdarza się nie tylko w rodzinach biednych, ale również w gospodarstwach domowych o wysokim statusie socjoekonomicznym, gdzie bardzo często fakt taki jest skutecznie kamuflowany(14).

Następstwa Zespołu Dziecka Maltretowanego

Przemoc wobec dziecka, niezależnie od formy, może powodować długotrwałe, wieloletnie następstwa, zaburzające prawidłowe funkcjonowanie dziecka jako osoby dorosłej. Do najpoważniejszych następstw maltretowania należy kalectwo fizyczne, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Przemoc wobec dziecka może skutkować stanami depresyjnymi, próbami samobójczymi, zaburzeniami odżywiania, uzależnieniami, nieplanowaną ciążą małoletnich oraz zachowaniami ryzykownymi czy próbami samobójczymi. Dzieci krzywdzone fizycznie gorzej funkcjonują w społeczeństwie, mają zaburzone relacje interpersonalne. Często są agresywne w stosunku do rówieśników i w przyszłości częściej krzywdzą własne dzieci(11).

Obowiązki prawne lekarza w przypadku stwierdzenia przemocy wobec dziecka

Polski kodeks karny w art. 207 jednoznacznie określa zakres kar za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny (15). Z kolei, personel medyczny ma obowiązek zapewnienia dziecku ochrony poprzez kontakt z kompetentnymi służbami: pracownikiem socjalnym, pedagogiem szkolnym, pielęgniarką środowiskową czy z sędzią rodzinnym. W przypadku krzywdzenia/maltretowania dziecka czy uzasadnionego podejrzenia krzywdzenia/maltretowania lekarz musi udokumentować problem w postaci sporządzonego raportu (zaświadczenie lekarskie nie wystarcza). W raporcie, obok wywiadu i dokładnego opisu wyników badania klinicznego i badań dodatkowych, powinna znajdować się notatka czy stwierdzone objawy są zgodne z relacją rodziców, psychoruchowym rozwojem dziecka (dotyczy małych dzieci) i czy było opóźnienie w zgłoszeniu się do lekarza, a także jakie są relacje między dzieckiem a rodzicem. W podsumowaniu, lekarz powinien określić stopień niebezpieczeństwa na jakie narażone jest dziecko. W wielu szpitalach, tak jak w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie, obowiązują procedury postępowania w przypadku podejrzenia/stwierdzenia Zespołu Dziecka Krzywdzonego. W tych przypadkach należy wypełnić Kartę Postępowania Diagnostycznego, która to karta przekazywana jest do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta (kopia pozostaje), a ten wszczyna postępowanie (powiadamia Sąd Rodzinny, wypełnia formularz „Niebieska Karta A”). Podejrzenie czy stwierdzenie przemocy fizycznej czy wykorzystania seksualnego obliguje lekarza pierwszego kontaktu (tu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego) do telefonicznego powiadomienia dyżurnego komisariatu policji lub prokuratora. Obowiązek ten unormowany jest w art. 304 kodeksu postępowania karnego, który określa, że „każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Jest to moralny obowiązek każdego praworządnego człowieka”(16). Dodatkowo w art. 12.1 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy podano: „osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora”(17). Trzeba jednak podkreślić, że odpowiedzialne sformułowanie rozpoznania wymaga ostrożności. Mylne rozpoznanie czy podejrzenie Zespołu Dziecka Maltretowanego może skrzywdzić rodziców/opiekunów i zachwiać układ rodziny.

Piśmiennictwo

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *Journal of American Medical Association*. 1962;181:17-24.
2. WHO. Child Maltreatment 2016 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>].
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych [Internet]. Available from: <http://icd10.com.pl/>.
4. Lisowska E. Przemoc wobec dzieci. Rozpoznawanie i przeciwdziałanie. Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej 2005.
5. Horst-Sikorska W, Bryl, N. Zespół Dziecka Maltretowanego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2011;13(2):319-21.
6. Carty H. Non-accidental injury: a review of the radiology. *European radiology*. 1997;7(9):1365-76.
7. Kleinman PK. Diagnostic imaging in infant abuse. *American Journal of Roentgenology*. 1990;155(4):703-12.
8. Marciński A. Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2005;4(2):30-42.
9. Monteleone JAB, Brodeur AE. *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*. St Louis: GW Medical Publishing; 1994.
10. Janus T. Przeniesiony zespół Münchausena – sposoby indukowania objawów chorobowych u dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2015;14(3):9-37.
11. Dzieci się liczą 2017 - Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. 2017. p. 210-1.
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny - Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. 1997.
13. Kolankiewicz M. Zaniedbywanie Dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2012;39(2):81-94.
14. Nitsch-Osuch A. Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2009;8(2):117-25.
15. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, art. 207. Znęcanie się 1997 [Available from: <https://www.arslege.pl/znekanie-sie/k1/a243/>].
16. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, art. 304. 1997 [Available from: <https://www.arslege.pl/obowiazek-zawiadomienia-o-przestepstwie/k13/a2620/>].
17. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. 2005 [Available from: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2005/s/180/1493>].